IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

Podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 13)

z dnia 9 czerwca 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 13)

9 czerwca 2022 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Grzegorz Błażewicz** zastępca rzecznika praw pacjenta ze współpracownikiem, **Michał Dzięgielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Maria Gostyńska** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Bartosz Gaca** i **Anna Sójka** wicedyrektorzy w Departamencie Prewencji i Rehabilitacji ZUS, **Izabela Czartoryska-Plutecka** dyrektor Biura Rehabilitacji KRUS ze współpracownikiem, **Barbara Jabłońska** zastępca dyrektora Departamentu ds. Służb Mundurowych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia ze współpracownikiem, **Bogusława Michalak-Trybus** członek zarządu Izby Gospodarczej „Uzdrowiska Polskie", **Kamila Samczuk-Sieteska** radca prawny w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej oraz **Wojciech Wiśniewski** ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Korzewicz** oraz **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Szanowni państwo, proszę podpisywać się na liście. Ponieważ dzisiaj mamy wyjątkowo mało czasu, chciałbym państwa przeprosić już na wstępie, mamy bowiem opóźnienie związane z dopiero zakończonym posiedzeniem Komisji Zdrowia. O 13:00 mamy głosowanie na sali sejmowej, tak więc czasu mamy mało, a temat bardzo ważny. Bardzo więc proszę o sprawne uczestnictwo w naszym spotkaniu, które za chwilkę otworzymy.

Jeszcze przy okazji chciałem przed rozpoczęciem przeprosić, że nie ma tutaj większości parlamentarzystów, którzy są członkami podkomisji, ale trwają prace w innych Komisjach. Jest gorący dzień nie tylko na zewnątrz, ale również, jak zawsze, na posiedzeniach Komisji sejmowych i na sejmowej sali parlamentarnej, ale myślę, że przeprowadzimy nasze spotkanie sprawnie i merytorycznie.

W związku z tym otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego. Witam zaocznie członków podkomisji, a przede wszystkim zaproszonych gości. Stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego. Tę informację będzie przedstawiał przedstawiciel ministra zdrowia oraz przedstawiciel rzecznika praw pacjenta. Wszystkie materiały, które dotyczą naszego spotkania, zostały państwu posłom przedstawione na iPadach w folderze SDI. Mamy również upoważnienia reprezentowania naszych resortów.

Pozwolę sobie, proszę państwa, na parę słów na rozpoczęcie naszego spotkania. Z informacji, którą otrzymaliśmy od ministra zdrowia, przytoczę tylko jedno, pierwsze zdanie, że jednym z fundamentalnych wyzwań stojących przed publicznym systemem opieki zdrowotnej jest zapewnienie pełnego dostępu do usług medycznych i skracanie czasu oczekiwania pacjentów na niezbędne świadczenia zdrowotne. Do tego oczywiście odnosi się nasz dzisiejszy temat spotkania, ponieważ tutaj mamy duże kłopoty. Mam też parę uwag, które sobie wypisałem z raportu NIK-u, który wszyscy państwo znacie.

Jeżeli chodzi o rehabilitację leczniczą i rehabilitację lecznictwa uzdrowiskowego, korzysta z tego coraz więcej osób. To około 3,5 mln osób w roku 2019. Oczywiście te potrzeby są bardzo duże i coraz większe, związane z demografią, ze starzejącym się społeczeństwem. Ustawodawca powierzył wykonanie tej rehabilitacji leczniczej aż czterem podmiotom, instytucjom publicznym. To jest Narodowy Fundusz Zdrowia, który w 90-procentach wypełnia te obowiązki, a poza tym jeszcze ZUS, KRUS oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy. Chciałoby się, aby to był spójny system, ale trudno jest go zorganizować w takie właśnie systemy.

Niestety coraz więcej podmiotów, i publicznych, i niepublicznych, z powodu chyba mimo wszystko złej wyceny świadczeń rehabilitacji medycznej uważa, że te świadczenia są nierentowne i zaczynają ograniczać swoją działalność. W roku 2019 i 2020 około 89% podmiotów uznało, że ta rehabilitacja dla wszystkich jest raczej nierentowna, w związku z tym są coraz większe kłopoty, mimo że nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na rehabilitację leczniczą teoretycznie się zwiększają, ale jeżeli chodzi o procentowy udział w ogólnych wydatkach funduszu, niestety są coraz mniejsze. Jeśli w 2019 r. ten udział wynosił 3,3%, to w roku 2021 już poniżej 3%.

Nie chciałbym przedłużać, bo państwo znacie te wszystkie wytyczne i dlatego chciałbym przystąpić do realizacji porządku dzisiejszego spotkania. W związku z tym bardzo proszę pana dyrektora Dzięgielewskiego, który ma pełnomocnictwo od ministra zdrowia, do przedstawienia tej informacji. Panie dyrektorze, bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dzięgielewski:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, ja też nie chciałbym zabierać cennego czasu i tylko przeczytam wybrane fragmenty z przygotowanego materiału, czy raczej przedstawię, ale zanim do tego dojdę, to też chciałbym powiedzieć, że pewnego rodzaju klęską dla całości rehabilitacji była epidemia COVID-u. O ile w poszczególnych rodzajach świadczeń można było próbować stosować telemedycynę, różnego rodzaju świadczenia w trybie zdalnym, o ile nie można było zaprzestać realizacji świadczeń szpitalnych, o tyle akurat w przypadku rehabilitacji oraz lecznictwa uzdrowiskowego, biorąc pod uwagę, że samo leczenie stawia jednak w pewnym stopniu grupę narażoną w obliczu konieczności zamieszkiwania w jednym miejscu, częstego spotykania się, podjęte zostały decyzję o zamykaniu działalności, o zamykaniu uzdrowisk i ograniczeniu działalności stacjonarnej tylko i wyłącznie do przypadków potrzebnych, co też na pewno nie przyczyniło się dobrze do całości rodzaju świadczenia. Zresztą sami ludzie wtedy unikali medycyny, która nie była niezbędna z punktu widzenia nagłości zdarzenia, a rehabilitacja raczej do procesów, które muszą być zrealizowane, zazwyczaj nie należy, chociaż wybrane sytuacje świadczą inaczej.

Proszę państwa, jeżeli chodzi o rehabilitację, świadczenia rehabilitacyjne udzielane są w czterech trybach. Jest to tryb ambulatoryjny i właściwie podtyp tego trybu, czyli świadczenia domowe. To jest wtedy, kiedy fizjoterapeuta lub rehabilitant przyjeżdża do domu pacjenta. Są udzielane w trybie dziennym, wtedy, kiedy nie potrzeba całodobowej opieki nad pacjentem, ale świadczenia w trybie ambulatoryjnym to będzie zbyt mało. Są wreszcie świadczenia udzielane w trybie stacjonarnym i to w poszczególnych specjalizacjach.

Jak to wszystko wygląda? Jeżeli chodzi o świadczenia udzielane w trybie ambulatoryjnym, do poradni rehabilitacyjnej i na zabiegi fizjoterapeutyczne skierowanie może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, a więc każdy, który w jakiś sposób uczestniczy w realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia i jest w tych umowach wykazany, i tu nie ma żadnych ograniczeń. Do 10 dni zabiegowych jest w cyklu terapeutycznym. Są wymienione godziny pracy.

Jeżeli chodzi o świadczenia realizowane w warunkach domowych, wystawia przede wszystkim lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, bo to on zajmując się pacjentem, wie najlepiej, do którego z nich do domu potrzeba przyjechać, udzielić mu świadczeń, tym bardziej, że ma wizyty domowe. Oprócz tego wybrani specjaliści, ci którzy akurat z racji swojej specjalizacji są jakby bliżej konieczności fizjoterapii i rehabilitacji, tacy jak balneoterapeuci, ortopedzi, neurochirurdzy, neurolodzy. I tak to wygląda. Jest wymienio-

nych wiele powodów, dla których pacjenci powinni mieć udzielane świadczenia w trybie domowym. Czytać ich nie będę, to wszystko wypisane w materiałach.

Skierowanie należy zarejestrować w ciągu 30 dni od daty jego wystawienia. Nie mówi to o dacie, kiedy ma być udzielone samo świadczenie, ale te 30 dni jest pewnego rodzaju ograniczeniem. Po tych 30 dniach skierowanie musi być dla pacjenta wystawione od nowa.

Jeżeli chodzi o rehabilitację w ośrodku dziennym – tak jak mówiłem, ona przysługuje tej specyficznej grupie, u której rehabilitacja ambulatoryjna to będzie za mało – tutaj już mamy do czynienia z pewnego rodzaju specjalizacją. Poza tak zwaną rehabilitację ogólnoustrojową, mamy świadczenia dziennie udzielane także wyspecjalizowanej grupie pacjentów, takich jak pacjenci kardiologiczni, neurologiczni, pulmonologiczni. Wreszcie, i to jest pewien specyficzny rodzaj ukierunkowany na określone schorzenie, ukierunkowany na określone metody, takie które będą skuteczniej u pacjentów działać.

Jeżeli chodzi o świadczenia stacjonarne, świadczenia są realizowane w takim trybie i już wtedy nie są blisko pacjenta, bo oczywiście wtedy już można podróżować, bo rehabilitacja jest udzielana w warunkach stacjonarnych z zapewnieniem pełnego wyżywienia, noclegów i całej reszty. Tu znowu mamy do czynienia z poszczególnymi specjalnościami medycznymi. Poza świadczeniami ogólnoustrojowymi, które są adresowane szeroko, mamy świadczenia neurologiczne, w tym szczególnie świadczenia tak zwane wczesne, udzielane w przypadku udarów, które są niezwykle istotne z punktu widzenia interesu pacjenta i jego późniejszej mobilności. Mamy także świadczenia kardiologiczne i świadczenia pulmonologiczne.

Tu trzeba pamiętać jeszcze o pewnym specyficznym, także w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, trybie udzielania świadczeń rehabilitacyjnych, mianowicie w ramach kompleksowej opieki kardiologicznej. To jest program tak zwany KOS-Zawał. Finansowanie świadczeń zawarte jest w wycenie samego świadczenia związanego z udzielaniem pomocy w przypadku ostrych zespołów wieńcowych, w przypadku zabiegów kardiochirurgicznych i wtedy to jest jakby odrębny tryb udzielenia tych świadczeń. Wtedy on może się odbywać nie na bazie bezpośrednich umów neurologicznych, ale umów w rodzaju kardiologia.

Jeżeli mówimy o ewentualnym przybliżeniu, zwiększeniu dostępności i o tym, że niektórym świadczenie powinno być udzielone wcześniej, to w ramach „Krajowego planu transformacji" Ministerstwo Zdrowia przewidziało dwa typy działań czy dwa projekty rozporządzeń. Pierwszy to aktualizacja rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej, w którym w szczególny sposób zostanie uwzględniona fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów tak zwanych ostrych, czyli u tych, których konieczność przeprowadzenia zabiegów na szybko wynika z ich stanu medycznego, z przyczyny, która wskazuje na konieczność. Powiedzmy, po urazach, po leczeniu operacyjnym, po złamaniach i po zdjęciu gipsu. Chodzi o to, żeby to zrobić jak najwcześniej. To są działania jakby spójne z tym, co się dzieje w ZUS-ie, KRUS-ie, z tego też wynikają jakby pokrywające się sektory, o których wspominał pan przewodniczący. Jest to działanie, które jest planowane na ten i na przyszły rok.

Drugie działanie, określone konkretnymi numerkami, jest to nowa organizacja systemu rehabilitacji leczniczej, w którym odbędzie się także weryfikacja wyceny poszczególnych świadczeń zdrowotnych oraz prace związane z wyodrębnianiem rehabilitacji dziecięcej, która w tej chwili jest jakby w jednym, dość dużym worku. Poza pewnymi specyficznymi świadczeniami związanymi z rehabilitacją wczesną dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, tak naprawdę mówimy o tym, że te wszystkie świadczenia nie są specjalnie profilowane. Chodzi o to, żeby wydzielić świadczenia dziecięce z ogólnych kontraktów rehabilitacyjnych.

Trzecia rzecz, żeby skoordynować opiekę pozabiegową. To jest to, o czym mówiłem w przypadku ambulatoryjnym, natomiast chodzi o to, żeby jak najszybciej pacjent po zabiegu dostawał świadczenia rehabilitacyjne, żeby tak naprawdę stanowiło to jedną spójną całość. To działanie także jest uwzględnione na lata 2022–2023.

Tak jak pan przewodniczący wspominał, wzrost nakładów na leczenie rehabilitacyjne rzeczywiście jest znaczące i gdyby to zamieniło się na same świadczenia, byłoby super,

ale to tak do końca nie wygląda. Ogólnie rzecz biorąc, w stosunku do 2018 aktualny plan finansowy w roku 2022 zakłada wzrost nakładów o 70%, w przypadku lecznictwa uzdrowiskowego jest to wzrost nakładów o 85%. Czyli mówimy o bardzo dużym wzroście związanym także z kosztami pracy, z różnymi instrumentami, o których będę próbował mówić.

Pierwotny plan finansowy zapisany na rok 2022 już uległ zwiększeniu w tym roku o 11% i w pozycji lecznictwo uzdrowiskowe plan na ten rok jest o 30% wyższy od nakładów zeszłorocznych, to jest o kwotę prawie 300 tys. Dodatkowym, nowym i w tej chwili kończącym się rodzajem rehabilitacji była rehabilitacja związana z zespołem pocovidowym, z pacjentami, u których pewnego rodzaju obciążeniem był COVID i zespoły pocovidowe związane z nużliwością, związane z różnymi układami, bo jak wiadomo, COVID właściwie zostawiał swoje piętno we wszystkich narządach.

Były dwa tryby przewidziane do odrębnego zawierania umów, finansowane ze środków covidowych, a więc niepochodzące bezpośrednio ze składek ubezpieczeniowych. Były to świadczenia ambulatoryjne i domowe, i były to świadczenia stacjonarne, które były udzielane zarówno w oddziałach rehabilitacyjnych, jak i w oddziałach uzdrowiskowych. Wydawałoby się, że jest to produkt trafiony w punkt. Muszę państwu jednak powiedzieć, że przynajmniej świadczenia ambulatoryjne domowe – jak wynika z danych, które dostawaliśmy od Narodowego Funduszu Zdrowia – praktycznie w ogóle nie cieszyły się powodzeniem i praktycznie nikt tam się nie zgłaszał.

Jeżeli chodzi o świadczenia stacjonarne udzielane zarówno na oddziałach neurologii, jak i w obiektach uzdrowiskowych, owszem były pojedyncze obiekty w Polsce, które cieszyły się bardzo dużym wzięciem i miały długie kolejki oczekujących, jednak przez cały czas w każdym województwie praktycznie były wolne i niewykorzystywane miejsca. Biorąc pod uwagę to, że zakończyliśmy finansowanie z COVID-u, w tej chwili te skierowania będą ewentualnie przekierowywane na normalny tryb lecznictwa stacjonarnego uzdrowiskowego. Tak jak mówię, poza tymi kilkoma czy kilkunastoma ośrodkami w skali kraju było przewidziane znacznie więcej możliwości, znacznie więcej dla pacjentów, także stacjonarnych, bo jeśli chodzi o dzienne ambulatoryjne, to praktycznie nikt tego nie zrealizował w takich wymiarze, jakbyśmy się spodziewali, biorąc pod uwagę miliony pacjentów, którzy zachorowali i jak dużo mówiono o zespole pocovidowym.

Narodowy Fundusz Zdrowia od maja zeszłego roku do marca tego roku wydał na te świadczenie ledwie 85 mln. Pragnąłbym, żeby zestawili to państwo z kwotami, które idą na ogólną rehabilitację, które są liczone grubo ponad 2 mld. Tak więc naprawdę, mimo że wydawałoby się, że zapotrzebowanie będzie gigantyczne, były to stosunkowo niewielkie nakłady w odniesieniu do spodziewanego efektu.

Co jeszcze się działo? Proszę państwa, jak wiecie, w ramach tarcz osłonowych różnego rodzaju dla poszczególnych ośrodków, Narodowy Fundusz Zdrowia, po uzgodnieniu z Ministerstwem Zdrowia, wypłacał tak zwaną 1/12, czyli rodzaj zaliczek na to, żeby utrzymać obiekty w pełnym pędzie. W czasie COVID-u ludzie mniej korzystali z poszczególnych rodzajów świadczeń lub, jak w uzdrowiskach czy w lecznictwie stacjonarnym rehabilitacyjnym, nie korzystali z nich w ogóle. W związku z tym płacone zaliczki, biorąc pod uwagę skromne możliwości odrobienia tych świadczeń, skromne możliwości zrealizowania pewnego rodzaju długu w uzdrowiskach, bo zawsze barierą jest liczba miejsc, które są przeznaczone dla pacjentów, przewidzieliśmy działania, które polegały na tym, żeby potraktować 70% z tych środków jako pewnego rodzaju koszt utrzymania gotowości obiektów do udzielania świadczeń w tym czasie, kiedy zgodnie z rozporządzeniami taka działalność prowadzona być nie mogła. Było to 70% za ten okres, kiedy w ogóle były zamknięte, zgodnie z rozporządzeniem. Natomiast biorąc pod uwagę trudną sytuację związaną z tym, że sami pacjenci nie byli bardzo zainteresowani tym, żeby te świadczenia utrzymywać, czy żeby wyjeżdżać do uzdrowisk, bo bardzo dużo było z tego powodu rezygnacji, wprowadziliśmy taką zasadę, że traktujemy to jako zaliczkę za gotowość, ale u tych, którzy rzeczywiście się starali, czyli proporcjonalnie do tego, w jakim stopniu realizowali swoje umowy. Dotyczyło to zarówno leczenia rehabilitacyjnego stacjonarnego, jak i uzdrowisk po okresie zamknięcia.

Co jeszcze, proszę państwa? Nie będę odczytywał tych długich i skomplikowanych tabel z zaangażowanym potencjałem kadrowym czy z liczbą świadczeniodawców,

bo to zupełnie spokojnie można przeczytać w tych materiałach, pragnę tylko zauważyć, że jeszcze nie do końca to wszystko wróciło do normy po okresie covidowym. Czyli w 2019 r. mamy najwyższy poziom udzielonych świadczeń, w 2020 r. mamy wyraźny dołek, w 2021 r. w większości świadczeń już zaczęło się odrabianie tego i mamy nadzieję, że w 2022 świadczenia będą udzielane już na pełne możliwości poszczególnych ośrodków.

Jedyne, że tak powiem, nieco inne poziomy realizacji dotyczą osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Już w roku 2021 poziom realizacji tych świadczeń był wyższy niż w 2019 r. Pamiętajmy także, że to jest specjalna grupa, dla której te świadczenia są nielimitowane, bo mają prawo do udzielania im ich bez oczekiwania w kolejce. Tak więc oni z tego wszystkiego korzystają. Szczegółowe zestawienia mają państwo w tym wszystkim.

Mamy jeszcze nowy produkt, który nazywa się rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym, czyli już ten bardziej celowany, który wychodzi bezpośrednio na potrzeby związane z przebytym leczeniem operacyjnym. To jest jedyny produkt, w przypadku którego rzeczywiście wzrost jest znaczny, ale to chociażby dlatego, że wprowadzony został dopiero w roku 2019 i wtedy się rozwijał. Myślę więc, że tu jest znaczny potencjał.

Proszę państwa, jeszcze à propos dostępności i realizacji świadczeń rehabilitacyjnych, pomijając kwestie, które zostały wymienione w przekazanym państwu materiale, warto powiedzieć, że dość długo pracował zespół parlamentarny, który zastanawiał się nad możliwością reformy leczenia uzdrowiskowego. Jak państwo wiedzą, w tej chwili umowy są zawierane przez poszczególne oddziały wojewódzkie z uzdrowiskami, które znajdują się na ich terenie, ale korzystają z tej puli umów wszystkie oddziały wojewódzkie w całej Polsce. Traktuje się to jako wspólne umowy wszystkich oddziałów wojewódzkich.

W tej chwili skierowania rozpatrywane są w 16 miejscach. Czyli pacjenci składają skierowania na leczenie uzdrowiskowe do swojego oddziału wojewódzkiego, który na podstawie opinii konsultującego eksperta, specjalisty balneologa, kwalifikuje te skierowania zgodnie z rodzajem schorzenia do odpowiedniego miejsca. Termin jest przydzielany zgodnie z pewnego rodzaju kolejką oczekujących, czyli tak naprawdę w kolejności wpływania tych zgłoszeń.

Jednocześnie trzeba powiedzieć, że fundusz wykonał gigantyczną pracę, zwiększając stałe nakłady na leczenie uzdrowiskowe i bardzo dobrze korzystając z tego lecznictwa. Uzdrowiska były problemem zawsze. Mówiono o dwu-, trzyletnich kolejkach oczekujących w poszczególnych województwach, jednak w tej chwili najdłuższa kolejka oczekujących wynosi 19 miesięcy. Jest to w województwach małopolskim i dolnośląskim – to jest sytuacja na maj 2022. Trzeba powiedzieć, że w styczniu 2020 r. przewidywany czas udzielenia świadczenia to było 31 miesięcy, w małopolskim – 32, podobnie w mazowieckim, gdzie było 29 miesięcy, a spadło do 17 i w województwie śląskim – z 32 także do 17. Tak więc to jest chyba to miejsce, gdzie dokonał się wielki postęp. Nikt już nie czeka praktycznie dwóch lat w kolejce oczekujących, zgodnie z najświeższymi materiałami, ale i tak planowana jest tutaj pewnego rodzaju reforma.

To znaczy, zgodnie z głosami całego środowiska związanego z lecznictwem uzdrowiskowym, uzdrowiska stały się pewnego rodzaju wczasami z dopłatą od państwa i tak to bardzo często jest traktowane. Dlatego jest gigantyczne zapotrzebowanie na to, że najlepsza pomoc i opieka medyczna w lecznictwie uzdrowiskowym to są miejscowości nadmorskie w miesiącach letnich. To z cyklu pobożnych życzeń, ale bardzo często też zdarzających się wniosków. Ludzie protestują, dlaczego mają jechać do Inowrocławia jesienią, skoro oni chcieli Kołobrzeg w lipcu. To jest rzeczywistość. Proszę państwa, wynika to także z centralnego sposobu rozpatrywania tych wszystkich skierowań. Z tego, że oddział wojewódzki może wysłać pacjenta do dowolnego uzdrowiska, które zajmuje się daną chorobą i wysyła zgodnie z pewnego rodzaju pulą miejsc, którą ma do własnej dyspozycji. Wynika to z tego, że jest to świadczenie zdrowotne, świadczenie opieki medycznej i tak to traktujemy. Czyli tak naprawdę chyba nie ma znaczenia, gdzie stoi szpital, podobnie jak nie powinno mieć znaczenia, gdzie stoi uzdrowisko. Natomiast same zainteresowane strony, czyli przede wszystkim fachowcy zatrudnieni w uzdrowiskach chcą, żeby bardziej zwrócić uwagę na aspekt medyczny, to znaczy, żeby doprowadzić do zróż-

nicowania wycen w zależności od tego, jaki mają potencjał, żeby doprowadzić do tego, żeby zajmowali się także cięższymi stanami.

Przy okazji próbujemy zrobić rzecz drugą, czyli zrobić w lecznictwie uzdrowiskowym to samo, co jest we wszystkich rodzajach opieki zdrowotnej. To znaczy, jeżeli pacjent ma skierowanie, może sobie wybrać miejsce, w którym się leczy. Podobnie będzie można zrobić w lecznictwie uzdrowiskowym. Czyli nie będzie już pośrednictwa oddziału wojewódzkiego. Pacjent sam będzie decydował, licząc się z tym, że czas oczekiwania na leczenie uzdrowiskowe nad morzem może być znacznie dłuższy. Natomiast, jeżeli będą wprowadzone maksymalne opłaty zgodnie z tym planem – nie sądzę, żeby atrakcyjne uzdrowiska z dużym potencjałem dały inne opłaty niż maksymalna – to może być na przykład w innych miejscach, bo jak państwo wiedzą, w uzdrowiskach dopłaca się za zakwaterowanie i za wyżywienie, natomiast świadczenia zdrowotne udzielane są darmowo.

To jest kierunek przyszłościowy. W tej chwili pracujemy. Wymaga to zmian kilku ustaw, wielu rozporządzeń, tak żeby mogło to miękko wejść. Planujemy mimo wszystko, że w miarę szybko się z tym uporamy i odpowiednie projekty ujrzą światło dzienne. Może tyle tytułem przydługiego, myślę, wstępu.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie dyrektorze. Ta obszerna informacja, brzmiąca nawet bardzo optymistycznie, jakoś nie przystaje do realiów, ponieważ jednak kolejkę oczekujących na rehabilitację medyczną, już nie mówię o rehabilitacji uzdrowiskowej, należałoby zdecydowanie oddzielić.

Ja sam jestem lekarzem i mieszkam w Kołobrzegu, w mieście uzdrowiskowym. Znam funkcjonowanie tej dziedziny rehabilitacji i mam też swoje zdanie. Myślę, że bardziej powinniśmy się skupić w najbliższej przyszłości na wczesnej rehabilitacji, takiej typowo medycznej, pacjentów ostrych, którzy opuszczają szpital, czyli po oddziale neurologicznym, ortopedycznym, kardiologicznym, nawet onkologicznym. Nasza główna praca powinna być jednak nad dostępem tych pacjentów do wczesnej rehabilitacji, ponieważ z informacji możemy wyczytać, że na przykład tylko 26% pacjentów po udarze mózgu rozpoczęło rehabilitację w ciągu 14 dni. Jeżeli taki pacjent opuszczający szpital nie dostanie się na wczesną rehabilitację, a będzie czekał 19 czy 18 miesięcy na skierowanie do leczenia sanatoryjnego, te zmiany powstałe w wyniku tego udaru nie będę już możliwe do zrehabilitowania, o czym wszyscy doskonale wiemy. Poza tym jest też chyba problem, że nie wszystkie szpitale, a właściwie połowa szpitali, które świadczą usługi w systemie zabezpieczenia i prowadzą działalność neurologiczną, nie ma swoich oddziałów rehabilitacyjnych czy nawet oddziałów dziennych. Tu jest właśnie największy problem. Ten problem należy jak najszybciej rozwiązać.

Lecznictwo uzdrowiskowe też powinno być nastawione głównie na wczesną rehabilitację poszpitalną, ponieważ mając doskonałą bazę lekarską, fizjoterapeutów świetnie wyszkolonych, przygotowanych do tych obiektów sanatoryjnych, można by z tego korzystać, oczywiście jeżeli nie ma oddziałów szpitalnych czy dziennych w tych szpitalach w zabezpieczeniu medycznym. Jest to naprawdę wielki potencjał.

Nie mogę też się pogodzić z tym, że ta rehabilitacja covidowa została praktycznie zlikwidowana. My dzisiaj nie wiemy wszystkiego, ale to będą naprawdę setki tysięcy, jeżeli nie miliony Polaków, których powikłania pocovidowe będę wychodziły w następnych latach. To jest jakby oczywiste. Powikłania kardiologiczne, głównie pulmonologiczne, urologiczne, nefrologiczne. Tego naprawdę będą dziesiątki i to będzie wymagało na pewno długiej i bardzo kosztownej rehabilitacji.

Tak więc ja bym bardzo prosił, żebyśmy głównie myśleli o tej wczesnej rehabilitacji poszpitalnej, bo ona jest dla nas chyba najważniejsza w kontekście starzejącego się społeczeństwa i udziału osób starszych w oczekiwania na świadczenia medyczne. Zresztą o tych kolejkach i wydłużaniu się dostępności również jest w informacji rzecznika praw pacjenta, więc teraz chciałbym poprosić pana Grzegorza Błażewicza, zastępcę rzecznika praw pacjenta, o krótką informację na temat tej właśnie dostępności. Bardzo proszę, panie rzeczniku.

Zastępca rzecznika praw pacjenta Grzegorz Błażewicz:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, proszę o przyjęcie informacji na temat działań rzecznika praw pacjenta w zakresie dostępności do rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego. Rehabilitacja medyczna stanowi niezwykle istotną część leczenia. Służy uśmierzeniu bólu pacjenta, przywróceniu sprawności i poprawie funkcjonowania społecznego. Ze względu na wciąż postępujące zmiany demograficzne, potrzeby zdrowotne w tym obszarze będą coraz większe. Dlatego rzecznik praw pacjenta z uwagą monitoruje potrzeby pacjentów w tym obszarze.

W 2021 r. do rzecznika praw pacjenta wpłynęło 3388 zgłoszeń i sygnałów dotyczących rehabilitacji leczniczej, co stanowi 2,4% wszystkich zgłoszeń napływających do rzecznika praw pacjenta i 3046 sygnałów dotyczących lecznictwa uzdrowiskowego, co stanowi 2,2% wszystkich sygnałów i zgłoszeń. Od początku tego roku do 31 maja br. do rzecznika praw pacjenta wpłynęło natomiast 1151 wszystkich zgłoszeń i sygnałów dotyczących rehabilitacji leczniczej, co stanowi 3,1% wszystkich zgłoszeń oraz 1293 sygnały dotyczące lecznictwa uzdrowiskowego, co stanowi 3,4% wszystkich zgłoszeń, a więc tutaj procentowo widzimy lekki wzrost.

Na podstawie analizy zgłoszeń i sygnałów napływających od pacjentów rzecznik dostrzega problemy pojawiające się w tym obszarze. W kontekście rehabilitacji leczniczej i lecznictwa uzdrowiskowego pacjenci sygnalizują przede wszystkim problemy z zakresu dostępności do świadczeń, długi czas oczekiwania na świadczenia, problemy wynikające z odmowy rejestracji lub przyjęcia. W kontekście rehabilitacji leczniczej pacjenci podnoszą także kwestie związane z jakością otrzymywanych świadczeń, a w kontekście lecznictwa uzdrowiskowego zgłaszają także zastrzeżenia do warunków bazy sanitarno-technicznej.

W kontekście zgłoszeń i sygnałów od pacjentów, ale także w szerszym kontekście, rzecznik dostrzega, jak ważne jest, aby zapewnić pacjentom ciągłość dostępu i szybkość tego dostępu do świadczeń jako integralnej części leczenia. Rehabilitacja powinna stanowić podstawowy element terapii pacjentów w czasie i zakresie zgodnym z ich potrzebami zdrowotnymi i zaleceniami lekarza. To jest to, co przed chwilą powiedział pan przewodniczący. Po drugie, system rehabilitacji leczniczej powinien być skoordynowany pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki nad pacjentem. Po trzecie rehabilitacja powinna być prowadzona w sposób kompleksowy, w zróżnicowanych formach i przez specjalistów różnych dziedzin, zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta.

Biorąc pod uwagę zróżnicowane potrzeby pacjentów w zakresie świadczeń zdrowotnych rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, rzecznik podejmował działania systemowe w tym zakresie. Działania te dotyczyły między innymi dostępności do świadczeń dla pacjentów i wyceny świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej i obejmowały wystąpienia do ministra zdrowia, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, rzecznika praw dziecka czy konsultanta krajowego w dziedzinie fizjoterapii.

W samym 2022 r. rzecznik praw pacjenta podjął między innymi następujące działania systemowe związane z rehabilitacją leczniczą. 8 lutego br. wystąpiliśmy do Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zmian w trybie finansowania części świadczeń covidowych i zasad rehabilitacji osób po przebyciu COVID-19 po zakończeniu jej finansowania na dotychczasowych zasadach, w szczególności w przypadku pacjentów, którzy wymagają jednocześnie różnych rodzajów rehabilitacji ze względu na szerokie spektrum objawów.

29 marca tego roku rzecznik wystąpił do ministra zdrowia w sprawie trudności pacjentów w realizacji równoczesnej opieki fizjoterapeutycznej, rehabilitacji oraz korzystania z usług hospicjum domowego. Ponadto poprosiliśmy o weryfikację przepisów odnośnie do łączenia świadczeń z zakresu hospicjum domowego ze świadczeniami rehabilitacji leczniczej udzielanej w warunkach domowych dla dzieci do 18. roku życia.

22 lutego 2022 r. wystąpiliśmy do Ministerstwa Zdrowia odnośnie do projektu zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Zgłoszone zastrzeżenia i uwagi w zakresie wyżej wskazanego projektu zostały przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia.

W kontekście leczenia uzdrowiskowego rzecznik praw pacjenta podjął między innymi następujące działania. 20 kwietnia br., w związku z sygnałami przekazanymi mi przez dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych przy Szpitalu Uzdrowiskowym „Słoneczko" w Kołobrzegu, do Ministerstwa Zdrowia zostało wysłane pismo dotyczące niskiej liczby pacjentów wśród dzieci i młodzieży korzystających z leczenia uzdrowiskowego. W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia wskazało, że problem jest dostrzegany, a na przestrzeni ostatnich kilku lat były i nadal są podejmowane działania mające na celu popularyzację leczenia uzdrowiskowego dzieci. W odpowiedzi wskazano również, iż Ministerstwo Zdrowia wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia pracuje nad zmianami w lecznictwie uzdrowiskowym również w obszarze leczenia uzdrowiskowego dzieci.

Rzecznik wystąpił również do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ograniczenia możliwości skorzystania przez pacjenta ze znacznym stopniem niepełnosprawności z przywilejów ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności w związku z kwalifikacją na leczenie uzdrowiskowe. W odpowiedzi Narodowy Fundusz Zdrowia wskazał, iż z punktu widzenia aktualnych przepisów prawa jednoczesne korzystanie z leczenia uzdrowiskowego osoby niepełnosprawnej oraz jej opiekuna w terminie przysługującym osobie posiadającej orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności nie jest możliwe. Narodowy Fundusz Zdrowia podkreślił jednak, iż podejmie starania, aby podejście do każdego świadczeniobiorcy stało się zindywidualizowane i tym samym umożliwi ewentualne zmiany terminów leczenia.

Poprawa sytuacji pacjentów w zakresie rehabilitacji leczniczej i lecznictwa uzdrowiskowego pozostaje istotnym obszarem działania rzecznika. W szczególności rzecznik na bieżąco rejestruje i analizuje zgłoszenia pacjentów, słucha głosu organizacji reprezentujących pacjentów oraz obserwuje sytuację systemową w tym obszarze. Jednocześnie rzecznik docenia dotychczasowe starania ministra zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i wyraża pełną gotowość do wspólnych działań na rzecz zapewnienia pacjentom dostępności do kompleksowej, skoordynowanej opieki rehabilitacyjny i uzdrowiskowej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie rzeczniku. Cieszę się, że te dwa podmioty ze sobą współpracują. Jeżeli chodzi o lecznictwo sanatoryjne dla dzieci – nie chciałbym przeciągać – to jest problem, który narasta, ponieważ te dzieci niestety, tak jak tutaj mówił pan dyrektor, najchętniej przejeżdżają latem z rodzicami do takich szpitali uzdrowiskowych. Niedojazdy tak zwane, brzydko mówiąc, są na poziomie 40–50, a może i więcej procent. Na przykład na 100 dzieci zakontraktowanych na przykład w tych „słoneczkach" przyjeżdża zimą 10, 15, 20 dzieci i z tego też wynika ten problem ze szkołą i edukacją.

Proszę państwa, otwieram dyskusję. Bardzo proszę się zgłaszać. Prosiłbym tylko o przedstawienie się do mikrofonu, ponieważ jest to potrzebne do protokołu. Bardzo proszę. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Proszę bardzo. Proszę się przestawić.

Ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję, panie przewodniczący. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich.

Najpewniej dla państwa nie będzie zaskoczeniem, że jako organizacja pracodawców jesteśmy żywo zainteresowani zapewnieniem polskim pacjentom czy po prostu pacjentom dostępu do rehabilitacji leczniczej, do fizjoterapii, albowiem widzimy, że brak tej dostępności jest jednym z powodów do ograniczenia podaży pracy. W związku z tym, że jeżeli mnie pamięć nie myli, w departamencie kierowanym przez pana dyrektora jest wydział zajmujący się koszykiem świadczeń gwarantowanych, chciałbym zapytać – bo wiem, że takie prace toczą się na przykład w zakresie onkologii – czy i jakie procesy zostały zainicjowane, i kiedy możemy się spodziewać finalizacji procesów nowelizacji koszyka świadczeń gwarantowanych we wprowadzaniu tak zwanych skoordynowanych świadczeń, dla przykładu w onkologii. Czy te plany obejmują też inne dziedziny medycyny, gdzie integralną częścią tego procesu leczniczego byłaby rehabilitacja? Na przykład w przypadku Breast Unit jest taki związek. Kiedy możemy się spodziewać finalizacji prac nad kolejnymi świadczeniami kompleksowymi w onkologii? Czy podobne rozwiązania są procedowane, jeżeli chodzi o inne dziedziny medycyny? Pięknie dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy pan dyrektor chciałby teraz odpowiedzieć, czy później?

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Jeżeli chodzi o koordynowane opieki związane z różnymi dziedzinami medycyny, trwają w tej chwili prace koncepcyjne, które toczą się w AOTMiT. Pracujemy też nad kilkoma innymi unitami. Nie jest to jeszcze taka faza, kiedy mogę przedstawić konkretne projekty rozporządzeń związanych z udzielaniem świadczeń… Nie jest to tak, że już jestem w stanie państwu pokazać projekt rozporządzenia. Na pewno planujemy tego typu działania związane z leczeniem neurologicznym, z leczenema udarów, nie tylko na zasadzie profilowanych świadczeń rehabilitacji neurologicznej, ale wręcz jako próbę stworzenia produktu kompleksowego na podobieństwo KOS-Zawału, a w tej chwili nad tym obraduje Rada do spraw Neurologii, która tego typu stanowiska będzie przedstawiać. Wydaje mi się, że chyba wszyscy zgodni jesteśmy – pan przewodniczący także udary wymieniał w pierwszej kolejności. Świadczenia onkologiczne także będą istotne, ale to wtedy, kiedy będziemy mieli koncepcję i całkowite działanie tych unitów. Przy czym, póki co, ta rehabilitacja odbywa się w ramach samych świadczeń udzielanych w ramach personelu zatrudnionego w tych oddziałach. Nie ma jeszcze gotowego koszyka rehabilitacji onkologicznej, aczkolwiek takie postulaty się zdarzały.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Duże nadzieje wiążę z „Krajowym planem transformacji”, który państwo przedstawili, a który mówi między innymi o tym, że jednym z działań tego projektu będzie nowa organizacja systemu rehabilitacji leczniczej, w tym weryfikacja wyceny poszczególnych świadczeń zdrowotnych oraz stworzenie modelu optymalnej opieki rehabilitacyjnej. Planowany okres to 2022–2023. Czasu jest niewiele. Czasu jest niewiele też dlatego, jak powiedziałem na początku, że niektóre podmioty publiczne i niepubliczne ograniczają swoją działalność, co też wynika z kosztów. Koszty, które w tej chwili ponoszą organizatorzy rehabilitacji medycznej i leczenia uzdrowiskowego, naprawdę są dramatycznie złe dla organizatorów.

Ostatnio mieliśmy takie spotkanie ze środowiskiem właścicieli lecznictwa uzdrowiskowego. Wycena tego świadczenia polega na wypłacie za osobodzień, więc w żaden sposób nie jest możliwe, żeby osobodzień kuracjusza w granicach 130 zł – chyba sto dwadzieścia parę – pokrył koszty związane z pobytem, wyżywieniem, z całą bazą zabiegową, zabiegami, kosztami osobowymi. Ta wycena, która sięga około 4% weryfikacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych, w żaden sposób nie rekompensuje tych kosztów. Dlatego mam obawę, że lecznictwo przynajmniej ambulatoryjne rehabilitacji medycznej idzie powolutku w kierunku stomatologii – może to niepopularne – która praktycznie w prawie 80-procentach jest skomercjalizowana i prywatna, i paru jeszcze dziedzin z zakresu medycyny. To dla organizatorów jest kierunek chyba słuszny, ale dla pacjenta i jeśli chodzi o oczekiwania, idzie to w nienajlepszym kierunku.

Myślę, że to chyba ostatni czas, żeby na ten temat rozmawiać, bo powolutku to wszystko się rozjeżdża. Rehabilitacja medyczna, zwłaszcza w ośrodkach większych, idzie naprawdę w kierunku prywatnej działalności. Pacjenci czekają, a organizatorzy publiczni jakby nie są w stanie zrealizować tych wszystkich świadczeń za te wyceny.

Jeśli ktoś z państwa chciałby, to bardzo proszę… Jeżeli nie, to jest mi ogromnie przykro, gdy pomyślę, że mamy tutaj bardzo ważne zadanie do wykonania, bo są przedstawiciele i ZUS-u i KRUS-u… Jeżeli jednak państwo nie macie więcej swoich spostrzeżeń i uwag czy też propozycji dla resortu zdrowia, dla rzecznika praw pacjenta, to serdecznie dziękuję za spotkanie. Myślę, że powinniśmy częściej się spotykać w zakresie tego tak bardzo ważnego i odpowiedzialnego zagadnienia jak rehabilitacja, ponieważ przy starzejącym się społeczeństwie to będzie dotyczyć nas wszystkich i naszych rodziców, naszych najbliższych, a ten kierunek – mam takie wrażenie – jest dziś pomniejszany czy też nie tak traktowany, jak powinien być, a to jest jeden z elementów całego systemu ochrony zdrowia.

Dziękuję bardzo za spotkanie. Zamykam posiedzenie podkomisji stałej. Dziękuję bardzo.